

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Omalizumab (Xolair^{MC}) – Urticaire chronique idiopathique modérée ou grave

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	NOM ET PRÉNOM DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR ADRESSE NUMÉRO RUE APP. MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT OMALIZUMAB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

Demande initiale
 Complétez les sections 4- 7- 8

Demande de poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 7- 8

Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement
 Complétez les sections 6- 7- 8

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Pour la personne souffrant d'urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée ou grave
 Autre. Précisez : _____

Score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) : _____

Résumé des essais antérieurs

ANTIHISTAMINIQUES	RÉSULTATS	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Omalizumab (Xolair^{MC}) – Urticaire chronique idiopathique modérée ou grave (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

- Réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines**
La réponse complète correspond à l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6

- Réponse partielle**
La réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Scores UAS7 qui permettent de fournir la preuve de la réponse observée

Score UAS7 (valeur de départ) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Score UAS7 (en cours de traitement) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Score UAS7 (en cours de traitement) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Score UAS7 (valeur la plus récente) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Tout autre score UAS7 pertinent pour objectiver la réponse : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Scores UAS7 qui permettent de fournir la preuve de la réponse observée

Score UAS7 (valeur de départ) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Score UAS7 (valeur la plus récente) : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Tout autre score UAS7 pertinent pour objectiver la réponse : _____

Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

6 - Renseignements cliniques - Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement

Traitement précédent

• Date de la dernière injection ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

• Réponse :

- Complète

Score UAS7 obtenu : _____ ► Date de l'évaluation ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Autre. Précisez : _____

Score UAS7 actuel démontrant une rechute* : _____ ► Date de l'évaluation ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

* La rechute est définie par l'atteinte d'un score UAS7 égal ou supérieur à 16.

7 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

8- Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

--	--	--	--

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.